

**University of Groningen**

## **Psychosociale gevolgen van en hulp bij chronische kanker**

Schroevers, M.J.; Sanderman, R.

*Published in:*  
Bijblijven

*DOI:*  
[10.1007/bf03076348](https://doi.org/10.1007/bf03076348)

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2008

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Schroevers, M. J., & Sanderman, R. (2008). Psychosociale gevolgen van en hulp bij chronische kanker. *Bijblijven*, 24(4), 58-63. <https://doi.org/10.1007/bf03076348>

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# Psychosociale gevolgen van en hulp bij chronische kanker

Dr. M.J. Schroevers<sup>1</sup> en prof.dr. R. Sanderman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>senior onderzoeker, afdeling Health Psychology, Disciplinarygroep Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit Groningen.

<sup>2</sup>hoogleraar Gezondheidspsychologie, afdeling Health Psychology, Disciplinarygroep Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit Groningen.

---

## Samenvatting

Het terrein van de psychosociale oncologie is in Nederland goed ontwikkeld. De psychosociale oncologie richt zich vooral op de gevolgen van kanker en de behandeling daarvan voor de patiënt en ook voor diens naasten. Zowel de klinische praktijk als wetenschappelijk onderzoek laat zien dat patiënten met kanker op korte en op langere termijn psychosociale klachten ondervinden. In deze bijdrage omschrijven wij de wijze waarop zij met hun kanker en kwetsbaarheidsfactoren omgaan en besteden wij aandacht aan genderverschillen in het omgaan met kanker, de rol van de partner en de effectiviteit van de behandeling van psychosociale klachten.

---

## Inleiding

De psychosociale oncologie kan worden omschreven als de oncologie die zich richt op de psychische en sociale oorzaken van kanker, maar vooral ook op de gevolgen van kanker en de behandeling daarvan. De aandacht gaat behalve naar de patiënt ook uit naar diens naasten. De psychosociale oncologie houdt zich tevens bezig met de strategieën die mensen met kanker en hun naasten hanteren om met de ziekte om te gaan. Tot dit terrein

behoren ook de psycho-educatieve of psychotherapeutische begeleiding die door professionele zorgverleners wordt gegeven, een deel van de kankerpreventie en de zorg voor professionele zorgverleners.<sup>1</sup>

Het terrein van de psychosociale oncologie is in Nederland goed ontwikkeld. Het KWF richtte reeds eind jaren zeventig van de vorige eeuw een speciale Raad voor de Sociale Oncologie op en begon het onderzoek op dit terrein te stimuleren. Dit heeft ontegenzeggelijk bijgedragen aan innovaties in de onco-

logische zorg waardoor psychosociale thema's steviger op de kaart zijn gezet. Het handboek *Psychologische patiëntenzorg*, dat de wetenschappelijke achtergronden en richtlijnen voor de psychosociale zorg bundelt<sup>2</sup>, en de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor de Psychosociale Oncologie (NVPO) hebben de professionalisering van de zorg bevorderd en bijgedragen aan het bijeenbrengen van onderzoekers en klinici. Ook de Integrale Kankercentra leveren via hun website zeer veel informatie die voor zowel patiënt als professional belangwekkend kan zijn (zie de lijst van websites achteraan in deze bijdrage).

### **Welke gevolgen ervaren mensen van de ziekte en behandeling?**

Hoewel de prognose voor veel kankerpatiënten in de afgelopen decennia sterk verbeterd is, blijft de diagnose – waarmee een op de drie Nederlanders in de loop van zijn of haar leven wordt geconfronteerd – een ingrijpende gebeurtenis. De ziekte en de behandeling hebben grote gevolgen voor het psychisch welbevinden van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat patiënten vooral in het eerste jaar een verhoogd risico lopen op het ervaren van psychische problemen.<sup>3</sup> Kankerpatiënten rapporteren in de eerste maanden na de diagnose meer depressieve klachten in vergelijking met de algemene bevolking.<sup>4</sup> Ongeveer 20 tot 25% van alle patiënten ervaart dergelijke klachten, zoals verdriet, huilbuien, angst, prikkelbaarheid, slaapproblemen en moeite met op gang komen. Dit is ongeveer tweemaal zoveel als in de algemene bevolking.

### **Welke patiënten lopen het meeste risico op aanpassingsproblemen?**

Zijn er bepaalde groepen patiënten die meer risico lopen om depressieve klachten te krijgen als gevolg van de ziekte dan andere patiënten? Medische factoren, zoals het type kanker, soort behandeling en het ziektestadium, lijken relatief weinig invloed te hebben op de mate waarin patiënten depressieve symptomen ervaren. Vrouwelijke patiënten, patiënten met weinig zelfwaardering en patiënten die weinig steun ervaren, blijken wel vatbaarder te zijn voor dit soort gevoelens.<sup>4,5</sup> Aangezien deze factoren ook in de

algemene bevolking samenhangen met het voorkomen van depressieve klachten, lijken zij een meer algemene kwetsbaarheid voor depressieve symptomen te weerspiegelen, los van het hebben van kanker. Andere factoren, zoals een jongere leeftijd en een gebrek aan mensen in de omgeving met wie de patiënt over zijn situatie kan praten, spelen waarschijnlijk een specifiekere rol in het aanpassingsproces van kankerpatiënten. Deze factoren hangen namelijk vooral bij kankerpatiënten samen met depressieve klachten. Het is kennelijk voor patiënten van groot belang dat er iemand is bij wie ze terecht kunnen voor geruststelling, troost, aanmoediging en goede raad. Een mogelijke verklaring voor de invloed van leeftijd kan zijn dat chronische ziekten over het algemeen vaker bij oudere personen voorkomen, en de diagnose bij jongere personen eerder onverwacht komt. De ziekte en de lichamelijke gevolgen roepen gevoelens van kwetsbaarheid en afhankelijkheid op die gewoonlijk pas in een latere levensfase optreden. Dit kan leiden tot gevoelens van 'anders zijn' en eenzaamheid. Jongere patiënten ervaren waarschijnlijk ook meer gevolgen van de ziekte in hun dagelijks functioneren, in de relatie met hun partner en kinderen en in hun toekomstverwachtingen en levensdoelen, terwijl ze vaak minder ervaring hebben in het omgaan met ziekte en ingrijpende levensgebeurtenissen.

### **In hoeverre ervaren overlevers van kanker nog gevolgen van de ziekte?**

Onderzoek bij patiënten bij wie de diagnose langer dan vijf jaar geleden is vastgesteld, de zogeheten overlevers, laat zien dat de meeste kankerpatiënten zich ondanks blijvende lichamelijke beperkingen en klachten (zoals vermoeidheid) psychisch goed weten aan te passen aan de ziekte.<sup>6</sup> De mate waarin overlevers depressieve klachten noemen, verschilt niet duidelijk van die in de algemene bevolking. Een probleem dat echter wel door de meeste overlevers wordt genoemd is de verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties en de angst voor een recidief. Leeftijd blijkt ook op de lange duur een rol te spelen in het aanpassingsproces. Tot jaren na diagnose blijven jongere patiënten meer lichamelijke klachten en depressieve gevoelens ervaren

dan hun leeftijdgenoten uit de algemene bevolking.

Opmerkelijk is dat een groot deel van de patiënten ook positieve gevolgen van de ziekte ervaart.<sup>6</sup> Zo zeggen patiënten dat het leven minder vanzelfsprekend is geworden. Ze zijn zich bewuster van hun eigen kracht en maken zich minder druk over de goedkeuring van anderen. Ook ervaren ze meer waardering voor zichzelf en het leven in het algemeen. Jongere kankerpatiënten lijken deze positieve gevolgen meer te ervaren dan wat oudere patiënten.

Kortom, jonge patiënten reageren kort na de diagnose, meer dan oudere patiënten, met depressieve symptomen en tegelijk, meer dan oudere patiënten, schrijven zij op lange termijn vaker nadrukkelijk een positieve betekenis toe aan hun ziekte. Wellicht helpt het vinden van een (positieve) betekenis in de ziekte-ervaring patiënten om hun lot te begripen en aanvaarden.

### Coping

Zoals eerder beschreven hangt de aanpassing van patiënten aan de ziekte van een groot aantal factoren af, zoals medische en demografische kenmerken en psychosociale factoren zoals zelfwaardering en steun. Daarnaast speelt ook de manier hoe patiënten de situatie inschatten (ook wel 'appraisal' genoemd) en waarop ze met de situatie omgaan (ook wel 'coping' genoemd) een belangrijke rol.<sup>7</sup> Deze twee factoren blijken elkaar te beïnvloeden. Zo komt uit onderzoek naar voren dat niet zozeer het soort kankergerelateerd probleem bepaalt hoe patiënten ermee omgaan, maar vooral de perceptie en de inschatting van de dreiging. Patiënten die de ziekte als bedreigender ervaren, zoeken meer steun bij anderen en hebben ook eerder de neiging om afleiding te zoeken in bezigheden, roken of alcohol.<sup>8</sup>

Kan worden gesteld dat er meer adaptieve en meer maladaptieve strategieën zijn? Over het algemeen laat onderzoek zien dat actief probleemoplossen, positief herinterpreteren, acceptatie en het zoeken van steun gerelateerd is aan een beter psychologisch welzijn.<sup>8-10</sup> Verhoogde niveaus van psychologische distress worden vooral gevonden bij patiënten die zichzelf de schuld geven, problemen ontkennen, zich bij de situatie neerleggen, fatalistisch denken of hopen dat problemen zich vanzelf oplossen. Van sommige

copingstrategieën, zoals het uiten van emoties, is onduidelijk of ze adaptief of maladaptief zijn.

### Controle

Objectief gezien is kanker een ziekte waarover weinig controle mogelijk is.<sup>11</sup> De meeste vormen van kanker kunnen niet worden voorkomen. Ook wanneer de ziekte eenmaal is vastgesteld, zijn er weinig mogelijkheden om het beloop ervan zelf te beïnvloeden. Bovendien kunnen de soms langdurige behandelingen en de onzekerheid over de genezing gevoelens van oncontroleerbaarheid versterken. Reden genoeg dus om aan te nemen dat kanker gevoelens van controle kan ondermijnen. Toch kunnen mensen in het algemeen gevoelens van controle ervaren ook in situaties waarover ze weinig of geen controle hebben. Je kunt wel spreken van een 'illusie' van controle, maar dit dekt het gevoel van controle niet helemaal. Patiënten kunnen bijvoorbeeld het controleverlies over de medische aspecten van de ziekte compenseren door controle uit te oefenen over andere situaties, bijvoorbeeld over de gevolgen van de ziekte, of door hun aandacht te verleggen naar andere domeinen in het leven waarover zij wel controle hebben, zoals werk of gezinsleven.

De vraag blijft: zijn gevoelens van controle altijd gunstig in een situatie die objectief gezien weinig mogelijkheden tot controle biedt? Onderzoek laat zien dat dit inderdaad zo is. Een onderzoek waarin gevoelens van controle bij mensen werden gemeten voordat ze de diagnose kanker kregen, laat zien dat patiënten die door de confrontatie met de ziekte controleverlies ervaren, tot een jaar na de diagnose meer psychische klachten hebben. Kortom, voor een goede adaptatie aan kanker lijkt het belangrijk om gevoelens van controle te behouden.

### Genderverschillen in distress en de rol van de partner

In een meta-analyse van reeds gepubliceerd materiaal is onderzocht wat de effecten van kanker zijn in termen van 'distress' voor patiënten en hun partners.<sup>12</sup> De onderzoekers vonden dat, als rekening wordt gehouden met gender en het niveau van distress wordt vergeleken met min of meer gezonde contro-

legroepen, zowel vrouwen als mannen met kanker het slechter doen dan vrouwen en mannen die geen kanker hebben. Voor hun partners ligt dat anders. Vrouwelijke partners zijn meer 'distressed' dan vrouwen in de algemene bevolking, terwijl mannelijke partners zich niet onderscheiden van mannen die zich niet in hun situatie bevinden. Dit gegeven vormt een belangrijke handreiking voor de praktijk van alledag. Vooral bij een mannelijke kankerpatiënt is extra waakzaamheid voor de partner en haar functioneren aan de orde. Ander onderzoek leerde ons dat vooral wanneer de vrouwelijke partner zich tekort vindt schieten in het geven van steun aan haar partner, zij een veel grotere kans heeft op een duidelijk verhoogde depressiescore.<sup>13</sup>

De genoemde verschillen in distress tussen patiënten en controlepersonen zijn niet heel groot. Met andere woorden, de impact is er wel maar kankerpatiënten zijn – en dat is wellicht contra-intuïtief – niet veel slechter af wat betreft hun welbevinden. Natuurlijk is dit een gegeven op groepsniveau en zijn sommige patiënten er, hetzij als gevolg van hun ziekte, hetzij door een combinatie van ziekten en andere factoren, erg slecht aan toe. Deze mensen gaan waarschijnlijk minder effectief om met hun ziekte, terwijl anderen hun standaarden wel weten aan te passen aan hun veranderde levensomstandigheden en daardoor ogenschijnlijk niet zoveel teruggaan in welbevinden.

Een longitudinaal onderzoek beschrijft de rol van partners in het aanpassingsproces van vrouwen met borstkanker.<sup>14</sup> Vrouwen met borstkanker zijn in de eerste vijftien maanden na de diagnose gemiddeld iets angstiger en depressiever dan vrouwen zonder borstkanker, maar ze blijken niet meer kans te hebben op blijvende psychologische problemen. Tussen hun partners en mannen uit de algemene populatie werd vrijwel geen verschil in emotioneel welbevinden gevonden. De onderzoekers gingen ook na hoe partners hun zieke vrouw steunen. Vooral partners die emotioneel minder stabiel waren, bleken de zorgen van hun zieke vrouw eerder weg te wuiven en negatieve gevoelens meer te bagatelliseren. Vrouwen die steun van hun partner kregen en hem ervoeren als betrokken en geïnteresseerd, waren tevredener over hun relatie. Vrouwen daarentegen die de houding van hun partner karakteriseerden als vermijdend en bagatelliserend, waren niet alleen

minder tevreden over hun relatie – vooral als zij zelf persoonlijke gevoelens en emoties graag deelden – maar ook angstiger en depressiever, zelfs wanneer ze zich niet bewust waren van dit gedrag van hun partner.

### Welke rol kan de psycholoog spelen?

Bovenstaande bevindingen suggereren dat psychologische begeleiding gericht kan zijn op het versterken van een positieve en actieve houding ten aanzien van problemen. Patiënten kunnen worden gesteund in het zien van problemen als een uitdaging en bekrachtigd worden in hun eigen mogelijkheden om met de ziekte om te gaan. Daarnaast is het belangrijk om te kijken welke behoefte aan steun patiënten hebben en in hoeverre ze in staat zijn deze steun te vragen en ontvangen. Ten slotte kan worden gekeken in hoeverre eventuele onrealistische negatieve gedachten bij patiënten kunnen worden omgevormd naar meer realistische en helpende gedachten.

Bewezen is dat cognitieve gedragstherapie waarin educatie over de gevolgen van de ziekte en bovenstaande thema's aan bod komen, het psychisch welzijn van kankerpatiënten verbetert.<sup>15-17</sup> Er is een uitgebreid cognitief-gedragstherapeutisch behandelprotocol voor kankerpatiënten ontwikkeld.<sup>18</sup> Deze behandeling richt zich allereerst op het stimuleren van een open en positieve in plaats van oordelende of fatalistische houding ten aanzien van problemen, en op het vergroten van het gevoel van controle en vertrouwen in eigen mogelijkheden. Daarnaast wordt patiënten geleerd hoe ze problemen zo goed mogelijk kunnen afbakenen en zich realistische doelen kunnen stellen. Vervolgens wordt patiënten gevraagd om, in plaats van impulsief het probleem op te lossen of het te ontkennen of te vermijden, zo veel mogelijk oplossingen te bedenken voor het probleem en op basis van een kosten-batenanalyse die oplossing te kiezen die het meest effectief lijkt. Amerikaanse onderzoeken tonen aan dat deze behandeling het welzijn van patiënten verbetert.<sup>18</sup>

Wanneer een huisarts vermoedt dat er verhoogde kans is op een depressie of aanpassingsstoornis, of bij sterke gevoelens van angst, spanning, onrust, somberheid, hoopeloosheid, of bij gedragsproblemen (agressief of sociaal teruggetrokken gedrag) als reactie

op de diagnose kanker, wordt aangeraden de patiënt door te verwijzen naar de psycholoog. Ook minder ernstige problemen kunnen aanleiding zijn om door te verwijzen, indien een patiënt duidelijk aangeeft behoefte te hebben aan psychosociale ondersteuning. Deze ondersteuning kan ook door de eerstelijnspsycholoog worden gegeven. Het komt steeds meer in zwang dat psychologen bij fysiek heel slechte patiënten op huisbezoek gaan en hen ook in de palliatieve fase bijstaan.

### Het belang van goede screening

Ondanks het bestaan van effectieve interventies voor kankerpatiënten is er nog steeds een groot aantal kankerpatiënten dat psychische problemen ervaart en geen begeleiding krijgt in het leren omgaan met de ziekte. Enerzijds speelt hierin mee dat veel patiënten tegenover de arts niet durven of willen aangeven dat ze zich psychisch niet goed voelen, omdat ze zich schamen, bang zijn voor een label of denken dat psychische problemen bij de aanpassing aan de ziekte horen. Anderzijds vragen veel specialisten niet door naar psychische problemen, omdat ze bang zijn dat dit te veel tijd gaat kosten in een kort consult, omdat ze het niet hun taak vinden om psychische problemen op te sporen of omdat ze onvoldoende weten over de mogelijkheden voor psychologische begeleiding.

Een mogelijkheid om psychische problemen en behoefte aan begeleiding bij kankerpatiënten sneller en beter te detecteren is het gebruik van screeningsvragenlijsten.<sup>19</sup> Kankerpatiënten die zich voor het eerst in het ziekenhuis melden, kan worden gevraagd een korte vragenlijst op de computer in te vullen. Het programma berekent dan direct de uitslag en kijkt aan de hand van normgegevens of patiënten verhoogd risico hebben op een depressie of angststoornis. Idealiter kan de arts tijdens het consult deze uitslag kort met de patiënt bespreken en hem desgewenst doorverwijzen naar een psycholoog. Op dit moment zijn in Nederland verschillende ziekenhuizen bezig een dergelijke screening op te zetten. Dit zal de psychosociale zorg rondom kankerpatiënten zeker ten goede komen.

### Besluit

In deze bijdrage hebben we aangegeven dat de impact van de ziekte kanker weliswaar enorm is, maar dat veel patiënten er beter mee weten om te gaan dan men op grond van zijn gezond verstand zou kunnen vermoeden. Toch doen zich, als gevolg van pre-morbide problematiek of als gevolg van de ziekte zelf, natuurlijk regelmatig problemen voor waarvoor psychosociale hulpverlening door de huisarts of andere professionals zeker geboden is. Voor veel patiënten geldt daarbij dat het gezonde mensen zijn in een ongewone situatie, voor wie langdurige psychotherapeutische begeleiding lang niet altijd passend is. Aandacht en goede begeleiding door de huisarts zijn al veel waard en als aanvulling kan een kortdurend contact met bijvoorbeeld een psycholoog van grote betekenis zijn voor de patiënt en diens omgeving. Het is daarbij van belang om ook aandacht te besteden aan de partner en aan de wederkerigheid in de relatie: ook de partner moet leren omgaan met verliezen. Vrouwen lopen daarbij een wat grotere kans op de nodige psychische distress.

### Websites

- 1 KWF Kankerbestrijding. <http://www.kwfkankerbestrijding.nl>
- 2 Nederlandse Vereniging voor de Psychosociale Oncologie (NVPO). <http://www.nvpo.nl>
- 3 Integrale Kankercentra. <http://www.ikcnet.nl>

### Literatuur

- 4 Sanderman R. Considering the value of psycho-oncology: De psychosociale oncologie gewogen. *Gedrag en Gezondheid, Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid* 2003;31:75-85.
- 5 Haes JCJM de, Gualthérie van Weezel LM, Sanderman R, Wiel HBM van de, editors. *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: Handboek voor de professional*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2001.
- 6 Helgeson VS, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychol* 2004;23:3-15.
- 7 Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. Depressive symptoms in cancer patients compa-

- red to individuals from the general population: The role of sociodemographic and medical factors. *J Psychosoc Oncol* 2003; 21:1-26.
- 8 Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: A comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Soc Sci Med* 2003; 57:375-85.
- 9 Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Soc Sci Med* 2006;63:598-610.
- 10 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- 11 Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol* 1992;11:79-87.
- 12 Livneh H. Psychosocial adaptation to cancer: The role of coping strategies. *Rehabilitation* 2000;66: 40-9.
- 13 Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Pers Soc Psychol* 1993;65:375-90.
- 14 Ranchor AV, Schroevers MJ, Sanderman R. Coping en controle. In: Haes JCJM de, Gualthérie van Weezel LM, Sanderman R, Wiel HBM van de, editors. *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: Handboek voor de professional*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2001. p. 47-59.
- 15 Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, Tuinstra J, Coyne JC. Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull* 2008;134:1-30.
- 16 Hagedoorn M, Sanderman R, Buunk BP, Wobbles T. Failing in spousal caregiving: The 'identity-relevant stress' hypothesis to explain sex differences in caregiver distress. *Br J Health Psychol* 2002;7:481-94.
- 17 Hinnen SCH. Distress and spousal support in women with breast cancer [thesis]. Groningen: University of Groningen; 2007.
- 18 Fawzy FI, Fawzy NW, Canada AL. Psychoeducational intervention programs for patients with cancer. In: Baum A, Andersen BL, editors. *Psychosocial interventions for cancer*. Washington (DC): American Psychological Association, 2001. p. 235-67.
- 19 McGregor BA, Antoni MH, Boyers A, Alferi SM, Blomberg BB, Carver CS, et al. Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res* 2004;56:1-8.
- 20 Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Sifre T, Urcuyo KR, et al. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006;74: 1143-52.
- 21 Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH, McClure KS, Houts PS. Project genesis: Assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol* 2003;71: 1036-48.
- 22 Jacobsen PB. Screening for psychological distress in cancer patients: Challenges and opportunities. *J Clin Oncol* 2007;25:4526-7.